

varikozity (obr. 3) následované protetickou stomatitidou, orální kandidózou, rozbrázděným jazykem (obr. 4) a frikční keratózou (7).

Příklady slizničních eflorescencí a časté příčiny onemocnění ústních sliznic

Slizniční eflorescence lze, tak jako v obecné dermatologii, rozdělit na primární a sekundární. Z primárních eflorescencí se na ústních sliznicích popisuje například makula (pigmentace u melanózy), nodule (fibroepiteliální polyp) či vezikula (puchýř u onemocnění ze skupiny pemphigoidu). Sekundární léze zahrnují zejména eroze (například v rámci lichenoidní cheilitidy na dolním rtu), krusty (hemoragické krusty rtů u pemphigus vulgaris) a ulcerace (traumatický ulkus). Detailnější popis etiologie slizničních onemocnění přesahuje rámec tohoto sdělení.

Časté příčiny onemocnění ústních sliznic

Pro účely textu je třeba zdůraznit, že příčiny onemocnění ústních sliznic velice často zahrnují imunitní či autoimunitní mechanismy, poměrně frekventní jsou i traumatické etiologie lézí. Samostatnou skupinou jsou nežádoucí účinky léků na ústních sliznicích.

Ač stále chybí exaktní definice polypragmázie, většinou je popisována jako současné užívání více než 5 léčivých přípravků. Polypragmázie je problematická obzvláště u gerontologické populace i z toho důvodu, že u starších polymorbidních pacientů je indikace různých typů léčivých přípravků mnohdy nevyhnutelná. Pro další potřeby textu je vhodné vysvětlit i některé základní pojmy. Objektivně měřitelná nedostatečná produkce sliny je označována jako hyposalivace. Xerostomie je definována jako subjektivní pocit suchých úst, který nemusí být nutně způsoben sníženou slinnou sekrecí. Suchost dutiny ústní může být způsobena nejen sníženou kvantitou sliny, ale i její změněnou kvalitou. Lékově indukovaná dysfunkce slinných žláz (**Medication-Induced Salivary Gland Dysfunction – MISGD**) je komplexně podmíněná. Uvádí se, že s vyšším počtem současně užívaných léků a léčivých přípravků s potenciálem ovlivnit slinnou sekreci se zvyšuje i riziko MISGD (8). Nutno ale upozornit, že řada vědeckých studií neodlišuje zcela striktně mezi xerostomií a hyposalivací a k této skutečnosti je

třeba přihlížet i při hodnocení přímého účinku léků na funkci slinných žláz. Z léků, které podle literatury mohou ovlivnit funkci slinných žláz, jsou citovány mimo jiných antiepileptika, antidepresiva (sertralin, venlafaxin) a některá antihypertenziva (blokátory kalciových kanálů, beta blokátory). Xerostomie je popisována u urologických pacientů, kteří užívají solifenacin (antagonista muskarinových receptorů subtypu M3) (8).

Z pohledu onemocnění ústních sliznic je často skloňován nedostatek vitaminů ze skupiny B, zejména kobalaminu a folátu. Vitaminy mají nenahraditelné a velmi rozmanité působení v organismu. Mohou zastávat roli katalyzátorů biochemických reakcí (hydrofilní vitaminy ze skupiny B, vitamin C), případně se podílí na růstu, obnově tkání (lipofilní vitaminy A, D, E, K). Deficit zejména vitaminů ze skupiny B bývá provázen pocitem pálení úst, erytmem sliznic, výsevem bolestivých defektů na měkkých tkáních dutiny ústní či recidivující orální kandidózou a angulární cheilitidou. Praktický lékař by měl u pacientů s uvedenými slizničními příznaky vyloučit mimo jiného i karetní příčiny.

Diagnostické metody využívané v orální medicíně

Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření krve patří mezi standardně prováděná vyšetření u pacientů s podezřením na slizniční projevy nedostatku některých vitaminů (viz výše), minerálů či s podezřením na orální příznaky hematologických onemocnění. Rekurence orální kandidózy může praktického lékaře vést k doplnění laboratorního vyšetření za účelem posouzení například glykemie. Lékař prvního kontaktu pomáhá nejen v diagnostice řady slizničních onemocnění (například karetní etiologie – viz výše), ale praktický lékař může být dále požádán o spolupráci při laboratorním monitorování pacientů s imunosupresivní léčbou indikovanou pro těžší formy vybraných onemocnění ústních sliznic. Příkladem může být pravidelné sledování nemocných s těžkou erozivní formou lichen planus s postižením více tělesných lokalit (typicky dutiny ústní a genitál). V řadě případů je při selhání intenzivní topické terapie indikována pro své imunomodulační a protizánětlivé účinky léčba hydroxychlorochinem. Před zahájením terapie je nutné zhodnotit

krevní obraz včetně plného jaterního panelu a v laboratorních kontrolách pokračovat každé tři měsíce a při příznivé odezvě na léčbu poté každých 6 měsíců (Roy. S. Rogers III., MD, Department of Dermatology, Mayo Clinic, osobní komunikace). Doporučeno je také vyšetření oftalmologem zhruba 6–12 měsíců po zavedení terapie a poté v závislosti na rizicích retinopatie – u nerizikových pacientů po 5 letech od zavedení terapie (doporučení American Academy of Ophthalmology) (9).

Histopatologické vyšetření

Histopatologické vyšetření patologicky změněné ústní sliznice je indikováno specialistou z orální medicíny především za účelem potvrzení diagnózy či vyloučení jiného chorobného procesu. Odběr bioptického materiálu podléhá několika pravidlům, které je třeba dodržet pro správné odečtení patologem. Diagnostická excize je nejčastější technikou odběru tkáně k danému vyšetření, excize mívá nejčastěji člunkovitý tvar (10). Patologovi je třeba poskytnout vzorek tkáně v dostatečném množství, nezmožděný, nevysušený a dostatečně fixovaný. Doplnění histopatologického vyšetření je indikováno u pacientů s nehojící se ulcerací sliznice dutiny ústní (typicky jazyka či bukalní sliznice), kde ani po vyloučení lokálních iritačních faktorů (zejména příkusem, ostrým okrajem protézy nebo hrbolku zubu) nedojde ke zhojení ulcerace do 2 maximálně 3 týdnů. V konkrétních případech má excize (například u fibroepiteliálního polypu) případně exstirpace (typicky u mukóly) charakter diagnosticko-kurativního výkonu. Histopatologické vyšetření je důležité nejen z hlediska posouzení biologické povahy tumoru (benigní vs. maligní) ale i pro potvrzení či vyloučení slizničních projevů řady onemocnění, například ze skupiny imunitně (lichen planus) nebo autoimunitně podmíněných onemocnění. Zejména u poslední jmenované skupiny onemocnění je k tomuto účelu využívána i další vyšetřovací metoda – imunofluorescence, která je hojně indikovaná v dermatologické praxi. Své uplatnění našla i v praxi specialistů zaměřených na léčbu onemocnění ústních sliznic.

Vyšetření metodou přímé a nepřímé imunofluorescence

Imunofluorescenční vyšetření se s úspěchem využívá při diagnostice autoimunitních